

※市町記入欄	精神障害者保健福祉手帳 添付の有無 有 ・ 無	市町受付印

障害者手帳返還届

山口県知事 様

令和 年 月 日

私は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第45条に基づく精神障害者保健福祉手帳の返還について、下記により届けます。

精神障害者本人	フリガナ						生 年 月 日	明・大・昭・平・令 年 月 日
	氏 名	印						
	住 所						電話 ()	
	手帳番号						/	
返還の理由 (○印)	<ul style="list-style-type: none"> ・死亡した (年 月 日 死亡) ・紛失していた手帳を発見した ・障害程度が該当しなくなった (命令に基づく返還含む) ・新たな手帳の交付を受けた ・その他 () 							
精神障害者保健福祉手帳の添付の有無 (○印)	有 ・ 無 (理由：紛失・その他 ())							
届出をした者 ※精神障害者本人と同じ場合記入は不要です。	フリガナ						本人との続柄	
	氏 名	印						
	住 所						電話 ()	

- (注) 1. 氏名については、記名押印または自筆による署名のいずれかとする事。
 2. 紛失の場合を除き、精神障害者保健福祉手帳を添付してください。